

高円寺アニマルクリニック 初診表

記入できる項目に記入後、お持ちください。

飼主氏名：	電話番号：
ふりがな：	FAX番号：
住所：	
緊急連絡先：	
ペット名：	性別： オス メス
品種：	
生年月日： 年 月 日 (年齢： 歳 ヶ月)	

Q1.この病院を何でお知りになりましたか？(複数選択可能)

- ・どなたかのご紹介(ご紹介者)
- ・タウンページ(電話帳)
- ・看板広告
- ・ホームページ
- ・本を読んで
- ・その他()

Q2.いつ頃から飼っていますか？()

- ・入手方法は？()
- ・他に動物を飼っていますか？()
- ・いつも住んでいる場所はどこですか？(室内 庭で放し飼い 屋外小屋 鎖に繋いで屋外)

Q3.いつも何を食べさせていますか？(複数選択可能)

- ・缶詰 (商品名)
- ・ドライフード (商品名)
- ・人の食べ物()

Q4.ワクチンは接種してありますか？

はい いいえ

- ・何のワクチンをいつ接種しましたか？(ワクチン名)

接種年月：平成 年 月頃

Q5.去勢・避妊手術はしましたか？

はい いいえ

- ・いつ頃ですか？()

Q6.今までに動物病院で治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

- ・いつ頃ですか？()
- ・病名は？治療は？

Q7.今までに注射やその他の薬でショックなどの異常がみられたことがありますか？

はい いいえ

- ・その時の症状は？

Q8.本日、来院の理由は？

Q9.ワクチン予定などのダイレクトメールを送ってもよろしいですか？

はい いいえ